

SUJET :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSEUDO-KYSTES NÉCROTIQUES DU PANCRÉAS

(à propos de 12 observations)
travail de la Clinique Chirurgicale «A» C.H.U.A.

THESE

Pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement

le 29 Juin 1973

par

KOUITEN Ferhat

Né le 10 Janvier 1944 à TAHER (Constantine)

Membres du Jury :

MENTOURI Bachir

Professeur de Chirurgie Générale

ILLOUL Gana

Professeur de Gastro Entérologie

ABOULOLA Mohamed

Professeur de Chirurgie Infantile

ISSAD Hanafi

Maitre de Conférence en Anatomie Générale

} PRESIDENT

} JUGES

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PHENOMENES
SCIENTIFIQUES DU FAUCON

THÈSE

SUJET :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSEUDO-KYSTES NÉCROTIQUES DU PANCRÉAS

(à propos de 12 observations)

travail de la Clinique Chirurgicale «A» C.H.U.A.

THESE

Pour le Doctorat en Médecine
présentée et soutenue publiquement

le 29 Juin 1973

par

KOUITEN Ferhat

Né le 10 Janvier 1944 à TAHER (Constantine)

Membres du Jury :

MENTOURI Bachir

Professeur de Chirurgie Générale

ILLOUL Gana

Professeur de Gastro Entérologie

ABOULOLA Mohamed

Professeur de Chirurgie Infantile

ISSAD Hanafi

Maitre de Conférence en Anatomie Générale

} PRESIDENT

} JUGES

SUJET :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PSEUDO-KYSTES NÉCROTIQUES DU PANCRÉAS

à propos de 12 observations
travail de la Clinique Chirurgicale (A) C.H.U.A.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Présenté et soutenu publiquement
le 29 Juin 1973

par

KOUITEN Rachat

Né le 10 Janvier 1945 à Tassart (Alger)

Membres du Jury :
MENTOURI Rachat
Président de l'Université d'Alger
ILLOU Geras
Président de l'Université d'Alger

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE

A mon père,

A ma mère,

En guise d'affection et de reconnaissance
pour les énormes sacrifices qu'ils m'ont consentis .

A ma femme,

Dont le soutien, me fut des plus précieux .

A mes frères et soeurs,

A toute ma famille et ma belle-famille,

A tous mes amis.

A notre Maître et Président de jury,
Monsieur le Professeur MENTOURI .

En témoignage de notre gratitude pour la
bienveillance que vous nous avez manifestée durant
notre séjour dans votre service et pour l'enseignement
éclairé que vous nous avez prodigué .

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur
de présider notre thèse .

Nous vous prions de bien vouloir recevoir
l'expression de toute notre reconnaissance .

A Monsieur le Professeur ILLOUL .

Vous avez avec beaucoup d'amabilité accepté de siéger dans le jury de notre thèse .

A cours de notre stage dans votre service, comme externe, nous avons pu apprecier vos qualités humaines autant que votre haute valeur professionnelle, qui resteront pour nous un precieux exemple .

Veillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et notre respectueux dévouement .

A Monsieur le Professeur ABOULOLA .

Nous n'avons pas eu la chance d'être accueilli dans votre service, mais nous avons eu celle de votre enseignement.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous vous prions de croire à notre gratitude et vous exprimons nos plus vifs remerciements .

A Monsieur le Professeur ISSAD .

Notre passage dans votre service a marqué un tournant décisif dans notre carrière; et vous n'etes pas étranger à notre orientation actuelle .

Nous vous remercions pour l'aide que vous nous avez apportée pour ce travail, comme pour tout ce que nous avons appris sous votre direction.

Nous aimerions pouvoir vous assurer de notre reconnaissance, que nous n'avons pu exprimer jusque là .

JE DEDIE EGALEMENT CETTE THESE;

Au Docteur BENHAMLA

Au Docteur HAMANI

Qui nous ont suivi pas à pas dans l'élaboration de cette thèse; ne ménageant ni leur temps, ni leurs efforts pour nous faciliter la tâche .

A tous nos Maîtres de la faculté de Médecine.

A tous nos Maîtres des Hopitaux d'Alger

En témoignage de notre reconnaissance .

I N T R O D U C T I O N

Affection connue de longue date, bien définie actuellement, qui reconnaît comme étiologie principale, soit un traumatisme abdominal, soit une pancréatite ; aiguë ou chronique. Elle réalise une tumeur souvent en communication avec les voies excrétrices de la glande, de taille variable qui se traduit cliniquement par une symptomatologie d'emprunt, due aux répercussions sur les organes de voisinage.

Depuis le dernier congrès de chirurgie de 1958, si certaines méthodes thérapeutiques sont tombées dans l'oubli (méthodes de DOUBILET) ; aucune nouveauté n'est par contre apparue ; seule une orientation plus marquée vers la chirurgie d'exérèse du pancréas se fait jour.

L'intérêt de l'expérience de la clinique chirurgicale "A" de l'Hôpital Mustapha est de rapporter quelques cas, où l'incidence étiologique de la lithiase biliaire est assez frappante.

N'ayant pas été étudiée jusqu'à ce jour, dans notre pays, à notre connaissance, nous nous sommes proposés de revoir 12 dossiers de malades, suivis durant une période de 1 à 7 ans.

HISTORIQUE

L'HISTOIRE (22--19) des pseudo-kystes du pancréas peut être divisée en trois phases :

- Anatomo-pathologique
- Clinique et Physiopathologique
- Thérapeutique

A/ Phase anatomo-pathologique

- A la fin du siècle dernier MORGAGNI signalait déjà dans ses comptes-rendus d'autopsie l'existence de tuméfactions kystiques du pancréas.
- En 1899, MORTE individualise les vrais kystes et les faux kystes du pancréas sur un critère anatomo-pathologique : L'existence ou l'absence de paroi propre.
- En 1911, QUENU pose pour la première fois le problème des rapports du pseudo-kyste avec les voies excrétrices pancréatiques.

B/ Phase Physio-pathologique

- DOUBILET et MULHOLLAND, en 1953, résument la pathogénie des pseudo-kystes nécrotiques, essentiellement dans l'hypertonie oddienne.
- La même année, LEGER incrimine la nécrose parenchymateuse et l'effraction de l'appareil canalaire, à l'origine des pseudo-kystes du pancréas.
- Entre les deux guerres, les travaux de NOQUOT et CONSTANTINI, BROCCQ et ABOULKER en FRANCE, ceux de JUDD, CATTEL ET WARREN aux ETATS-UNIS apportent une contribution importante à leur étude.

C/ Phase thérapeutique

a- Avant 1958 :

- LE DENTU (société anatomique de PARIS 1865) fut le premier à traiter un kyste du pancréas (1862), mais le malade mourut.

- C'est à BOZMAN (1881) que revient le mérite du premier succès chirurgical.
- En 1911, OMEREDANE effectue la première tentative de drainage interne suivi en 1915 par JEDLIČKA et JURÁZ en 1931.
- En 1942, MAILLEY- GUY souligne l'existence à peu près constante d'une communication entre le pseudo-kyste et les voies excrétrices pancréatiques et propose pour la première fois le traitement de la lésion par la pancréatectomie gauche d'amont.
- En 1953, DOUBILET, à son tour objective in-vivo par la pancréatographie trans-papillaire la communication de la cavité kystique avec les voies excrétrices et réussit à guerir le pseudo-kyste par drainage trans-sphinctérien.

b- En 1958 :

- P.MAILLEY- GUY et M.MERCADIER ont fait, au 60° congrès français de chirurgie une remarquable mise au point sur le traitement des pseudo-kystes du pancréas.

c- Après 1958 :

- De nombreuses observations ont été rapportées, mais les indications thérapeutiques n'ont pas beaucoup changé, en dehors d'une orientation plus marquée vers la chirurgie d'exérèse du pancréas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Madame GUE... Louiza, âgée de 32 ans, est admise le 20 Décembre 1965 pour une douleur épigastrique de type pancréatique et une tumeur palpable au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre droit.

Dans les antécédents, on note, un mois auparavant, une intervention chirurgicale dans le même service pour pancréatite aiguë. Le traitement avait consisté en un simple drainage de la loge pancréatique.

BILAN à l'entrée :

1- BIOLOGIQUE :

- P.N.S. = GR: 4000000
- GB: 23200
- PN: 89
- LY: 11
- EO: 1
- GLYCEMIE = 1,10g/l
- UREE SANGUINE = 0,40g/l
- AMYLASEMIE = 1365 US

2- RADIOLOGIQUE :

- CHOLANGIOGRAPHIE : VESICULE EXCLUE
- TGD: REPOULEMENT DE LA GRANDE COURBURE ANTRO-PYLORIQUE

OPEREE le 26-1-66 : Il s'agit d'un pseudo-kyste du pancréas sus duodenal et prévésiculaire, développé au dépend de la tête.

. La KYSTOGRAPHIE objective une cavité volumineuse sans communication avec les voies excrétrices pancréatiques.

. La CHOLANGIOGRAPHIE PER-OPERATOIRE :

- V.B.P. = libre
- pas de reflux dans le wirsung.

TRAITEMENT :

ANASTOMOSE KYSTO - DUODENALE + CHOLECYSTECTOMIE

SUITES OPERATOIRES :

- Immédiates : favorables les 10 premiers jours
- Hyperthermie + vomissements bilieux les 10 jours suivants.
- A distance : REVUE en Avril 1973
 - . Bon état général
 - . Dyspepsie Hépatobiliaire
 - . Pas de récurrence locale du pseudo-kyste.

OBSERVATION N° 2

MAM... Lakhdar, 66 ans, diabétique avéré, Ethylique de longue date est admis le 2-3-70 pour une douleur épigastrique de type pancréatique, ayant entraîné une anorexie et un amaigrissement marqués.

Cliniquement, il existait une tumeur de l'HCD, de la taille d'une mandarine, dure et fixée aux plans profonds.

BILAN PARACLINIQUE :

A/ Biologique :

- FMS = GR: 4.400.000
GB: 10.000
- Anylasémie: 101 US
- Anylasterie: 312
- Glycémie : 2,70g/l
- Urée sanguine 0,64g/l

B/ Radiologique :

- ASP : calcifications pancréatiques, localisées sur le bord duodénal.
- TGD: Refoulement de la grande courbure dans son segment antro-pylorique.
- Cholangiographie : Vésicule exclue.

OPERE le 19-3-70 :

Il s'agissait d'un pseudo-kyste pancréatique, retro-gastrique, soulevant le petit épiploon, de la taille d'une orange dont la ponction a ramené 100 cc environ de liquide brúnatre + de nombreux petits kystes disséminés dans la glande.

. Cholangiographie per-opératoire = VBP libre pas de reflux wirsunguien.

- . Kystographie = pas de communication avec les voies excrétrices pancréatiques.

GESTE OPERATOIRE :

- . Kysto-Jejunostomie, au point d'éclic du pseudo-kyste
- + Gastro-Jejunostomie
- * Cholécystectomie

SUITES OPERATOIRES :

- . Immédiates : favorables
- . A distance : 2 mois après l'intervention chirurgicale, il a accusé les mêmes douleurs épigastriques, qui ont motivé une 2ème hospitalisation.

De nombreuses thérapeutiques médicales lui furent soumises, mais en vain. Il décéda dans le service le 20-6-70.

OBSERVATION N° 3

Madame ZEROU... Guermia, âgée de 45 ans, sans antécédents pathologiques notables est admise le 28-5-71, pour un syndrome douloureux de l'HCD, évoluant par crises depuis 1 an environ ; l'examen clinique permet de noter l'existence d'une masse palpable, épigastrique, de la taille d'une orange.

BILAN PARACLINIQUE :A/ Biologique :

- . FNS : GR : 4.160.000
- GB : 7.000
- . Amylasémie : 112 US
- . Amylasurie : 6720 US (28-5-71)
- 7640 US (29-5-71)

B/ Radiologique :

- . TGD : aucune anomalie
- . Cholangiographie : Vésicule exclue

OPEREE le 23-6-71 :

Il s'agit d'un PK développé au dépend du corps du pancréas, présentant à la kystographie une communication avec le canal de wirsung et une fistulisation dans le jéjunum.

La cholangiographie per-opératoire, objective également un reflux wirsurcien.

INTERVENTION :

- DRAINAGE EXTERNE de la cavité kystique
- + CHOLECYSTECTOMIE

SUITES OPERATOIRES :

- Immédiates : favorables
- A distance : Revue en Avril 1973
 - . Reprise de l'Etat général
 - . Pas de récidence de PK avec un recul de 2 ans.

OBSERVATION N° 4

AI... Hacene, Ethylique âgé de 41 ans est admis dans le service le 3-10-69 pour une tuméfaction épigastrique accompagnée d'ictère.

Le début remonte à 2 mois, marqué par une douleur épigastrique irradiant vers les deux hypochondres et les deux fosses iliaques. Quelques jours plus tard, un ictère de type rétionnel est apparu, au décours duquel il a été hospitalisé.

L'examen clinique révèle l'existence d'une masse épigastrique, volumineuse qui empiète sur l'H.C.D. et descend jusqu'à l'ombilic; un épanchement pleural gauche important, dont la ponction ramène un liquide citrin riche en amylase = 3777 US.

Antécédents : malade gastrectomisé pour ulcère en 1958.

A/ BILAN PARACLINIQUE :

- . F.N.S. : GR = 3.700.000
GB = 16.000
- . Amylasémie : 257 US
- . Amylasurie : 1180
- . Examen du liquide pleural : 3777 US
- . Bilirubine : directe : 6,6
indirecte : 21,2
- . Cholesterol : 2,15

B/ Radiologique :

- . Téléthorax: épanchement pleural gauche.
- . T.G.D. : visualisation de l'anastomose gastro-jejunale (gastrectomisé).

INTERVENTION le 26-11-69

Il s'agit d'un pseudo-kyste du corps du pancréas,

développé au dépend du bord inférieur de la glande, de la taille d'une orange + un petit kyste siégeant au niveau du genu-inférius.

- . La Kystographie , pratiquée en per-opératoire n'a pas montré de communication avec les canaux excréteurs pancréatiques.
- . La Cholangiographie , per-opératoire transvésiculaire; montre un VBP très dilatée, mais un bas cholédoque rétréci et filiforme.

GESTE THERAPEUTIQUE :

Drainage externe des deux cavités kystiques

SUITES OPERATOIRES :

- Immédiats : favorables
- à distance: DECEDÉ, un an après l'intervention chirurgicale dans un service de médecine de l'hôpital Mustapha où il a été admis pour son épanchement pleural.

OBSERVATION N° 5.

BOUKHEL... Mahdjouba, âgée de 18 ans est admise le 21 Avril 1972 pour une symptomatologie douloureuse de l'H.C.D., à type de colique hépatique, évoluant par crises depuis 6 mois; et chez laquelle on découvre à l'examen une tumeur épigastrique, dure, bosselée.

BILAN PARACLINIQUE :

A/ Biologique :

- . F.N.S. : GR: 3.500.000
GB: 12.000
- . Amylasémie : 95 US
- . Glycémie : 0,90 g/l

B/ Radiologique :

- . ASP : R.A.S.
- . T.G.D.:Antre de l'estomac refoulé
dans sa partie inférieure
- . Cholangiographie : Vésicule exclue

OPEREE le 19-5-1972 :

Il s'agit d'un pseudo-kyste du corps du pancréas sans connection apparente avec les canaux pancréatiques.

GESTE OPERATOIRE :

Drainage externe de la cavité kystique
+ Cholecystectomie.

SUITES OPERATOIRES :

- Immédiates : favorables
- à distance: la malade a été revue en Avril 1973;
Dyspepsie hépato-biliaire.
Pas de récidence locale.

OBSERVATION N° 6

SKAN...Zohra, âgée de 65 ans, est adressée de la consultation de la clinique médicale (Hopital Mustapha), pour une tumeur abdominale.

L'interrogatoire, révèle que le début remonte à 20 jours environ, marqué par une douleur au niveau de l'HCD, intense, irradiant vers l'épaule droite et s'accompagnant de vomissements bilieux. Au décours de cette symptomatologie douloureuse, est apparue une tumeur épigastrique, de la taille d'une orange, sensible à la palpation et mobilisable dans tous les sens.

BILAN PARACLINIQUE:A/BIOLOGIQUE:

.F.N.S= GR=3.900.000

GB= 6.500

.GLYCEMIE= 0,84g/l

.Amylasemie= 1773 US

.Amylasurie= 2140 US

B/RADIOLOGIE:

.Cholangiographie: Vésicule exclue

. T.G.D: Elargissement du cadre duodénal .

OPEREE LE 5-1-69:

Il s'agit d'un pseudo-kyste du pancréas, développé au dépend du corps, sans communication apparente avec les canaux pancréatiques, à la kystographie.

Cholangiographie per-operatoire:

V.B.P libre, mais
reflux wirsunguien.



GESTE OPERATOIRE :

- . Drainage externe de la cavité kystique.
- . Cholecystectomie.

SUITES OPERATOIRES :

- Immédiates : favorables
- à distance : malade revue en Mai 1973;
 - . Bon état général

OBSERVATION N° 7

MERZ... Ahmed, âgé de 36 ans, éthylique, est admis dans le service le 14-5-69 pour un syndrome douloureux épigastrique de type pancréatique évoluant par crises depuis 20 jours.

Dans les antécédents immédiats, on retrouve, une hospitalisation pour la même symptomatologie, pendant quelques jours.

Lors de sa 2ème hospitalisation il s'agissait d'un malade en assez bon état général, peu amaigri qui présentait à l'examen physique une tuméfaction au niveau de l'H.C.G., de la taille d'un pamplemousse, dure, paraissant fixée aux plans profonds.

BILAN BIOLOGIQUE :

. F.N.S. = GR : 4.000.000

GB : 10.000

. Amylaseémie : 518 US.

OPÉRE le 20-5-66 :

Il s'agissait d'un pseudo-kyste développé au dépend de la queue du pancréas, adhérent à la rate, au diaphragme, à la loge rénale gauche et à la face postérieure de l'estomac. Sa ponction avait ramené un liquide hématique.

GESTE THERAPEUTIQUE : EXERESE LABOIEUSE DU PSEUDO-KYSTE EMPORTANT LA QUEUE DU PANCREAS.

SUITES OPERATOIRES :

- Immédiates : écoulement purulent abondant par le drain pendant 3 jours.
- à distance : 5 mois après, la malade consulte dans le même service pour une reprise des douleurs épigastriques

ayant motivé plusieurs thérapeutiques à titre ambulatoire.

CONTROLE

Revu en Avril 1973 :

- E.G. médiocre, amaigrissement important (15 kg en 3 mois)
- Pas de sevrage alcoolique
- Apparition d'un diabète depuis 1970, équilibré avec 20 U. d'insuline retard.
- Une diarrhée grasseuse.
- Un T.G.D., pratiqué en 1971 au service de Gastro-entérologie où il est suivi pour son diabète ne révélait aucune anomalie.

OBSERVATION N° 8

MEROU..Feroudja, âgée de 48 ans, aux antécédents de colique hépatique est admise dans le service le 1-3-72 pour une masse tumorale, épigastrique d'apparition récente.

Cliniquement, on découvre chez cette malade amaigrie et très asthénisée, une tumeur épigastrique volumineuse, débordant sur l'HCD, indolore et peu mobilisable; prise pour un kyste hydatique du foie.

BILAN PARACLINIQUE:-BIOLOGIQUE:

FNS: 3.400.000 GR

9.000 GB

AMYLASÉMIE: 123 US

AMYLASÉRIE: 1290 US

GLYCEMIÉ : 0,80g/l

-RADIOLOGIQUE:CHOLECYSTOGRAPHIE: MonomacrolithiaséT.G.D: Elargissement du cadre
duodénal.INTERVENTION:LE 20-3-72

Il s'agit d'un énorme PK du pancréas, occupant tout le bord supérieur dont il ne persiste qu'une partie de la queue.

Kystographie: Pas de communication visible avec les voies excrétrices pancréatiques.

GESTE OPERATOIRE: DRAINAGE EXTERNE de la cavité kystique
CHOLECYSTECTOMIE

SUITES OPERATOIRES:Immediates: FavorablesLOINTAINES: Revue en 1973 (Avril)

Bon état général

Pas de récurrence kystique .

OBSERVATION N° 9

BABA...Aïcha, 63 ans, est admise dans le service, le 30-3-67, pour une tumeur épigastrique, lisse à la palpation et sensible; Celle-ci déforme nettement le creux épigastrique où elle bombe sous la forme d'une masse sphéroïde, ayant les dimensions d'un pamplemousse; Sa consistance est plutôt celle d'une masse kystique, mais l'altération de l'état général accompagné d'ictère et de fièvre, nous fait retenir l'hypothèse d'un NEO primitif du foie en poussée .

BILAN PARACLINIQUE:A/ BIOLOGIQUE:

- .Anémie à 3.200.000
- .Bilan pancréatique; normal
Amylasémie= 250 US
- .Du point de vue urinaire:
Albuminurie= 0
E.C.B= R.A.S
- .Mais GLYCEMIE= 1,68g/l et présence du sucre dans les urines .

B/ RADIOLOGIQUE:

- . T.G.D: montre qu'il s'agit d'une masse située dans l'A.C.E., qui refoule en avant l'estomac .

A la lecture de ces clichés, l'éventualité d'une tumeur pancréatique est soulevée .

OPEREE LE 20-4-67: L'intervention confirme ce dernier point de vue, puisqu'il s'agit finalement d'un énorme pseudo kyste du pancréas qui comble l'A.C.E.

- .Cholangiographie per-opératoire:
pratiquée après ponction évacuatrice de la vésicule et à l'aide d'une sonde de Pezzer, montre une V.B.P très dilatée mais non lithiasique .

.Une Kystographie; complète cette investigation qui permet de retirer du liquide reglisse et surtout qui révèle l'existence d'une pancréatite nécrosante massive, intéressant la quasi totalité de la glande qui est noirâtre comme carbonisée .

TRAITEMENT:

DERIVATION KYSTO-JEJUNALE sur une anse grêle à la ROUX .

+ DERIVATION CHOLEDOCO-JEJUNALE latéro-latérale .

SUITES OPERATOIRES:

D.C.D; 4 jours après l'intervention sans avoir repris connaissance .

OBSERVATION N° 10

Malade âgée de 35 ans, très amaigrie est admise le 26-4-69 dans le service pour un syndrome douloureux aigu, d'apparition récente, de siège épigastrique très intense, avec des irradiations vers l'HCG et l'omoplate gauche. Cliniquement, il existe une masse tumorale, volumineuse qui comble la région épigastrique et qui déborde à gauche sur l'HCG.

BILAN PARACLINIQUE :A/ Biologique :

- . FNS : GR: 3.400.000
- GB: 6.200
- PN: 56
- EO: 4
- LY: 40
- . VS : 112 mm ---- 1ère heure
- 123 mm ---- 2ème heure.
- . Amylasémie : 193 US
- . Amylasurie : 3243 US
- . Glycémie : 1,75 g/l

B/ Radiologique :

Scul le TGD est instructif, puisqu'il nous montre sur des clichés de profil un refoulement en avant de l'estomac; probablement par tumeur développée dans l'A.C.E.

OPEREE le 30-5-69

l'intervention confirme l'existence d'une volumineuse formation kystique qui comble en arrière l'A.C.E. et qui est développée au dépend de la queue et du corps de la glande pancréatique.

L'ouverture du kyste et son aspiration montrent un liquide absolument normal, incolore du type hydatique, alors que l'extension de la poche kystique montre des débris pancréatiques du type "chwing-gum".

- . Par ailleurs, la vésicule est le siège d'un volumineux hydrocholécyste sans lithiase.
- . Une cholangiographie par le drain cystique est pratiquée et qui révèle une VBP libre, mais visualisation d'un début d'injection du wirsung.
- . La kystographie, montre l'étendue du kyste qui n'a apparemment aucune connexion avec les voies excrétrices pancréatiques.

GESTE OPERATOIRE :

- Drainage externe sans marsupialisation
- .. Cholecystectomie.

SUITES IMMEDIATES : favorables.

SUITES LOINTAINES : non contrôlées.

OBSERVATION N° II

Malade âgée de 26 ans, est admise le 11-10-66 pour kyste hydatique du foie (clinique et biologique).

Dans les antécédents, on retrouve une diarrhée au long cours ayant motivé des thérapeutiques médicales, sans grande efficacité et des poussées de température.

OPEREE le 3-11-66, Il s'agissait bien d'un kyste hydatique^{que} localisé entre les 2 lobes du foie. Après la cure de celui-ci on a la surprise de découvrir une tumeur de la taille d'un oeuf de poule développée dans l'arrière cavité des épiploons, fortement adhérente au hile splénique, au bord supérieur du corps et de la queue du pancréas, à 2 travers de doigts après le croisement mésentérique supérieur.

Son exploration radiologique après injection dans sa lumière 20 à 30cc de diodone, montre qu'il s'agit d'une cavité kystique ayant la silhouette et le volume d'une grosse pomme de terre, sans communication avec le wirsung, ni avec le colon; sa dissection laborieuse a motivé une splénectomie.

TRAITEMENT :

- Vis à vis du kyste hydatique : résection du dome saillant
- Vis à vis de la formation kystique du pancréas: PANCREATECTOMIE CORPOREO-CAUDALE, emportant la rate.

L'ANA-PATH : confirme la nature pseudo-kystique de la tumeur pancréatique.

SUITES OPERATOIRES:Immediates:

Favorables

A distance:

1° controle: le 16-2-67

Excellent etat général

2° controle: le 3-3-67

Bon etat général

Etat de grossesse de 2 mois

OBSERVATION N° 12

MOU....Fatima, agée de 55 ans, sans antécédents pathologiques notables, est admise dans le service le 6-3-73 pour :

- .Une symptomatologie douloureuse épigastrique, dont le début remonte à 3 mois environ .
- .Des vomissements alimentaires post-prandiaux
- .Et, cliniquement, une tuméfaction volumineuse, comblant la région épigastrique et débordant largement sur les deux hypochondres .
- .Peu après son admission, un ictère progressif, de type rétionnel est apparu chez la malade .

BILAN PARACLINIQUE:

.F.N.S: GR= 4.000;000
 GB= 8.200
 .Urée sanguine= 0,36g/l
 .Amylasémie = 258 US
 .Amylasurie = 880 US
 .Bilirubine =
 Directe: 34,5mg/l
 Indirecte: 65,1mg/l
 Totale : 99,6mg/l

-RADIOLOGIQUE:

.T.G.D: Montre un refoulement très important de l'estomac en avant et à droite en faveur d'une formation tumorale développée dans l'A.C.E.
 .L.B: Normal, en particulier, pas de refoulement du colon transverse .

DIAGNOSTIC proposé: Pseudo-kyste du pancréas .

LA malade refuse l'intervention chirurgicale, et décède 10 jours après son admission .

DEFINITIONS - CLASSIFICATIONS

Il est classique depuis HORTE, de désigner sous le nom de pseudo-kystes du pancréas, des formations cavitaires à contenu liquidien dont la paroi est dépourvue d'épithélium de revêtement et qui, à un moment ou à un autre de leur évolution communiquent ou ont communiqué avec les voies excrétrices pancréatiques.

A cette notion anatomique, la plupart des auteurs, à la suite de DOUBILET et de P. MALLET-~~LETT~~ ajoutent un critère physiopathologique :

Le pseudo-kyste est une collection liquidienne due à une effraction ou une interruption du pancrès d'amont.

En fait, ces deux définitions se complètent, et actuellement tous les auteurs semblent d'accord pour définir les pseudo-kystes, comme étant des cavités closes, remplies de suc pancréatique, pur ou mêlé de débris nécrotiques, dépourvues de revêtement et dont l'origine doit être recherchée dans une interruption ou une effraction du système exocrine du pancréas.

A PRIORI :

Il est donc aisé de différencier ; vrais et faux kystes du pancréas, sur l'étude de leur paroi :

- 1- Les kystes vrais, sont des tumeurs ayant une paroi propre histologiquement distincte.
- 2- Les faux kystes ; par contre, sont des collections liquidiennes dépourvues d'épithélium, secondairement enkystées.

DANS LA PRATIQUE :

Les formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas rassemblent des lésions multiples et diverses, différentes dans leur étiologie et leur pathogénie, dans leur caractère anatomique et leurs traits cliniques, donc difficiles à classer. Différentes classifications ont ainsi, été proposées :

I/ Classification étiologique de MAHORNER et MATTHEW (1931)

- 1- Les kystes secondaires à un défaut de développement

- 2- Les kystes traumatiques
- 3- " " par rétention
- 4- " " néoplasiques ou kystes proliférants
- 5- " " parasitaires

Elle présente le mérite de la simplicité, mais elle est insuffisante et inexacte, car elle supprime la distinction fondamentale de VILLAR entre kyste et pseudo-kyste.

2/ Classification de MAYOT-ROBSON et MOYNIHAN (1902) de SCOTT (1950) et RABBONI (1952), de VIALE (1955)

Elle groupe sous le terme de kystes du pancréas.

- 1- Les pseudo-kystes traumatiques
- 2- " " " nécrotiques
- 3- " " " parasitaires
- 4- Les Epithéliomas et les sarcomes kystiques
- 5- Les kystes au niveau du pancréas aberrant.
- 6- Les affections exceptionnelles que citent CATTELI et WARREN :
 - Hemangiomes caverneux
 - Hemangio- endothéliomes kystiques
 - Cysto- adénocarcinomes des îlots de Langherans
- 7- Les kystes vrais, qui groupent selon Viale :
 - Les kystes congénitaux
 - " " rétentionnels
 - " " néoplasiques.

Cette classification qui repose sur des critères étiologique et anatomiques semble la plus correcte (16)

NEANIMOINS, grâce aux connaissances acquises dans le domaine de la physiopathogénie des formations pseudo-kystiques du pancréas, L. LEGIER (13) les classes actuellement en trois catégories :

- a- Les pseudo-kystes traumatiques
- b- " " " secondaires à une poussée de pancréatite aiguë primitive .



c- Les pseudo-kystes satellites d'une pancréatite chronique.

Il groupe par ailleurs, les deux premières catégories sous le terme de pseudo-kystes nécrotiques, du fait que le phénomène de nécrose parenchymateuse constitue le trait d'union entre les deux, et joue un rôle important.

Par contre, d'autres auteurs tels que MALLEY-GUY (19) au congrès Français de chirurgie de 1958 rassemblait sous le terme de pseudo-kystes nécrotiques, les pseudo-kystes qui surviennent soit après pancréatite aiguë, soit qui sont satellites d'une pancréatite chronique.

EN DEFINITIVE :

Dans nos observations, il s'agit seulement de cas qui surviennent après pancréatite aiguë ou sur pancréatite chronique. Nous n'avons pas observé de pseudo-kystes d'origine traumatique.

Ces classifications sont à valeur didactique. Il existe une unicité symptomatique, radiologique voire thérapeutique qui nous conduit à étudier dans ce cadre toutes nos observations.

ANATOMIE - PATHOLOGIQUE

Le pseudo-kyste du pancréas peut se présenter sous deux formes : Parfois, il est inclus dans la loge péritonéale de la glande et peut rester entièrement intra-glandulaire ; Mais bien souvent il est de gros volume, comme c'est le cas de toutes nos observations. Il peut contenir plusieurs litres (maximum 2 litres, dans notre observation N°3). Il bombe alors à l'ouverture de l'abdomen à travers le ligament gastro-colique, plus rarement à travers le petit épiploon. Les remaniements qu'il entraîne sont alors considérables et méritent une analyse plus précise (20).

-- LES PAROIS :

Elles sont formées d'éléments disparates, puisque faites des parois viscérales et péritonéales voisines que tapissent des couches lardacées de fibrine. La face postérieure de l'estomac, le plancher mésocolique et le péritoine pariétal postérieur sont à peu près toujours en cause. Vers la gauche, les mésos pancréatico et gastrosplénique participent souvent au cloisonnement et la rate fait partie intégrante de la poche. La dissection est donc illusoire, inutile, et peut être dangereuse.

Ces parois, au bout de quelques semaines d'évolution, s'organisent, s'épaississent, se renforcent d'un tissu scléreux et de tissu collagène ; Elles acquièrent donc, une individualité indiscutable qui leur permet d'être séparées des organes de voisinage.

Ainsi, si les pseudo-kystes nécrotiques ne possèdent pas de paroi propre, au sens histologique du terme, et s'ils sont en particulier dépourvus d'épithélium de revêtement, ils n'en finissent pas moins par s'entourer d'une coque épaisse, résistante, se prêtant parfaitement aux anastomoses avec le tractus digestif.

L'étude anatomo-pathologique des parois kystiques intéressant nos malades, nous a révélé, que celles-ci, étaient cinq fois scléreuses, et six fois fibreuses dépourvues d'épithélium bordant.

LE CONTENU :

Le contenu du pseudo- kyste est le plus souvent brun noirâtre, plus rarement il peut être hémorragique ou au contraire clair ; comme en témoignent les résultats que nous avons obtenus dans notre étude.

6 fois	-----	un liquide brunâtre
1 fois	-----	" " hématique
1 fois	-----	" " jaune citrin
1 fois	-----	" " incolore

2 fois les caractères du liquide n'ont pas été mentionnés par l'opérateur.

Ce liquide contient toutes les diastases du suc pancréatique, en particulier l'amylase, qui s'y trouve souvent à des taux très élevés.

TOPOGRAPHIE :

Nous avons noté dans nos observations, la prédominance des lésions droites. En effet, les résultats sont les suivants :

4 fois	-----	lésion du CORPS (observations : 3 - 4 - 5 - 6)
2 fois	-----	lésion de la TETE (observations : 1 - 2)
1 fois	-----	lésion atteignant le CORPS et la TETE (obs : 8)
1 fois	-----	lésion de la QUEUE (obs : 7)
2 fois	-----	" du CORPS et de la QUEUE (obs : 10-11)
1 fois	-----	lésion de toute la glande (obs :9)

L'IMPLANTATION :

L'implantation du pseudo-kyste sur le pancréas est large, aboutissant au point de rupture d'un canal excréteur pouvant aller d'une simple fuite punctiforme à une perte de substance de plusieurs centimètres.

Dans notre série de malades, nous n'avons noté que quelquefois l'existence d'une communication entre le pseudo-kyste et les canaux excréteurs pancréatiques évidente, apparue à la kystographie per-opératoire.

LES LESIONS :

Les lésions pancréatiques ne sont pas les mêmes de part et d'autre de la rupture glandulaire.

A droite , ou mieux en aval, seuls existent les possibles stigmates de la maladie causale : pancréatite chronique, lithiasse du Wirsung, un obstacle sphinctérien, voire un cancer.

A gauche , au contraire, soit en amont les lésions sont constantes et autonomes, conséquence de l'obstacle réalisé sur le canal au point de rupture ou de perforation. Celui-ci est dilaté, tortueux au sein d'une portion glandulaire en général hypertrophiée et inflammatoire, plus rarement atrophique et rétractée.



PARTI LES REPERCUSSIONS VISCÉRALES DE VOISINAGE, l'estomac, le duodénum et le colon, refoulés et comprimés, participent à la constitution même du pseudo-kyste ; particulièrement dans les pseudo-kystes retrouvés au niveau de l'arrière cavité des épiploons comme c'est le cas de trois de nos malades. Des complications graves de thrombose portale ont été également décrites.

Elles seraient l'apanage des pseudo-kystes infectés. Nous n'avons pas rencontré ces lésions ; par contre nous avons constaté nombre de cas d'H.T.P. segmentaires en per-opératoire, reconnues sur la turgescence des veines du territoire d'amont de la compression. Nous n'avons malheureusement pas pris de pression ni réalisé des iléoportagographies pour mettre en évidence cette H.T.P.

FUSEES A DISTANCE

Le pseudo-kyste peut s'accompagner de fusées :

- soit au niveau de la plèvre : et nous avons noté un épanchement pleural gauche très important, dont la ponction avait ramené un liquide citrin, riche en amylase = 3777 US.
- Soit au niveau de la cavité péritonéale : aucun cas n'a été observé dans cette éventualité.

! Observations	! topographie	! paroi	! contenu	! rapport avec
!	!	!	!	! les canaux
!	!	!	!	! pancréatiques
! AI.. HACENE	! Corps	! scléreuse	! brunâtre	! pas de com- ! munication
! GU.. Louiza	! Tête	! "	! "	! "
! BEN.. Khadou	! queue+corps	! "	! incolore	! "
! BA.. Aïcha	! quasi-totali ! té de la ! glande	! "	! reglisse	! "
! MA.. Lakhdar	! Tête	! fibreuse	! brunâtre	! "
! MER.. Ahmed	! queue	! "	! hématique	! "
! ME.. Feroudja	! quasi-totali ! té de la ! glande	! "	! brunâtre	! "
! ZE.. Guermia	! corps	! "	! brunâtre ! (2litres)	! fistule entre ! le PK et le ! wirsung + ! fistule kys- ! to-jejunale
! SK.. Zohra	! corps	! "	! ?	! pas de com- ! munication
! BOU.. Mahdjouba	! corps	! "	! jaune cit- ! rin	! "
! ADJ.. Saliha	! corps+queue	! Sclérose	! ?	! "
! MOU.. Aïcha	! NON OPEREE .	!	!	!

PRINCIPALES CARACTERISTIQUES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

DE NOS PSEUDO-KYSTES

E T I O L O G I E

Le pseudo-kyste du pancréas n'est qu'un épiphénomène contingent, survenu : - Soit après contusion abdominale

- Soit à titre de complication d'une pancréatite aiguë. En effet, toute pancréatite aiguë laisse après elle des lésions séquellaires, le gros foyer de nécrose laisse un pseudo kyste, les zones de pancréatite oedémateuse, une pancréatite chronique ; Les travées fibreuses reprennent le dessin des coulées d'oedème et dissocient les lobules entre eux et les fragmentent :

certaines de ces lésions de pancréatite chronique sont certainement labiles et fugaces, mais d'autres, une fois installées persistent et s'étendent et leur évolution est entrecoupée d'accidents aigus de siège et d'intensité des plus variables (19).

A cela s'ajoutent des causes plus rares.

- LITHIASSE DU VIRSUNG.

- LE CANCER PANCREATIQUE peut, sans doute, du fait des lésions inflammatoires qui l'environnent, déclencher des accidents de nécrose qui seront responsables de l'apparition d'un pseudo-kyste.

Cette notion de cancer possible, sous jacent, au pseudo-kyste n'a donc pas seulement une valeur théorique. Il est en pratique aussi, important de rappeler l'éventualité d'un cancer pour poser les indications opératoires précises qui puissent assurer la totalité du traitement.

Nous citerons enfin des causes exceptionnelles des PK du pancréas

- P-K après biopsie pancréatique : MERCADIET et BAUMEL en ont observé chacun un cas.

- Des pancréatites virales, surtout ourliennes sont parfois en cause et c'est ainsi que DOUBILLET, MERCAILLER et SHUTAKER ont observé des P-K du pancréas au cours des oreillons.

- Le cas observé par SHERIDAN EVANS (6) est tout à fait exceptionnel puisque le pseudo-kyste était dû à un ascaris qui, après s'être momentanément "coincé" dans les voies biliaires,

avait fini par pénétrer dans le wirsung et provoquer une nécrose canalaire, laquelle a été à l'origine d'un faux kyste du pancréas.

Dans notre série d'observations, nous n'avons malheureusement aucun cas de pseudo-kyste trinitique ; cependant, nous signalerons 8 observations de PK relevant de cette étiologie, observés à la clinique chirurgicale infantile (C.C.I.) et ayant fait l'objet d'une thèse de doctorat en médecine (REILLI Juin 1972). (22)

Dans tous les cas, le traumatisme initial avait comporté une contusion abdominale, et les signes d'appel avaient été si importants qu'ils nécessitèrent pour la plupart une exploration chirurgicale à court terme ; Celle-ci avait mis en évidence l'atteinte pancréatique. Il s'agissait alors d'enfants dont l'âge variait de 5 à 13 années.

L'étiologie nécrotique intéresse, par contre la totalité de nos observations, qui peuvent être rangées en deux catégories :

- D'une part, les pseudo-kystes secondaires à une pancréatite aiguë et qui sont au nombre de 8.
- D'autre part, les PK satellites d'une pancréatite chronique, au nombre de 3.

Au total, les PK sont survenus chez 8 femmes et 3 hommes, dont l'âge variait de 18 à 66 ans. Cette prédominance féminine s'explique par la survenue de l'affection sur terrain de lithiase biliaire, dont nous essaierons par la suite, d'étudier les relations avec les pseudo-kystes.

Par contre, cette lithiase biliaire n'a pas été retrouvée chez les 3 malades de sexe masculin ; le PK compliquant une pancréatite chronique dont l'évolution devait être fatale à deux d'entre-eux.

a) Le facteur éthyl est retrouvé dans les 3 cas, très prononcé, chez l'un d'eux, (Notion d'absorption d'alcool pur).

S'il n'est pas dans notre propos, d'expliquer l'action de l'Ethylisme dans la genèse de ces pancréatites chroniques

primitives, que certains auteurs attribuent à des facteurs carenciels et dysmétaboliques; la survenue de complications, notamment à type de pseudo-kystes nécrotiques au cours de ces pancréatites chroniques, s'expliquent par la survenue des crises de pancréatite aiguë ou subaiguë, génératrices de nécrose parenchymateuse.

Les sécrétions de la glande peuvent se répandre par extra-vasation à travers la surface du pancréas qui est attaquée par le processus d'auto-digestion ; ce qui aboutit à la formation d'un pseudo-kyste nécrotique.

b) Le facteur biliaire (Lithiase vésiculaire) est retrouvé, chez 8 malades. Cette incidence, bien que retrouvée par de nombreux auteurs, paraît dominante dans nos contrées ; alors qu'elle n'est retrouvée que dans 5% des cas de MERCADIER.

Dans l'anamnèse des malades, nous notons qu'il s'agit de femmes, porteuses de lithiase vésiculaire depuis de nombreux mois, voire de nombreuses années, dont l'évolution est émaillée de nombreuses crises de colique hépatique typique.

Devant l'intensité des signes, l'une d'elle fût opérée en urgence (observation 1). La laparotomie découvre une pancréatite aiguë dont le traitement consistait en un simple drainage de la loge pancréatique, suivi d'un traitement médical intense.

Les signes généraux et fonctionnels s'amendent, cependant la constitution progressive d'un pseudo-kyste, impose une reintervention, 5 semaines plus tard.

Ce cas typique nous permet donc de mieux comprendre l'association : Lithiase vésiculaire - pseudo-kyste nécrotique du pancréas.

En effet, si dans aucune de nos observations il n'a été noté, ni de lithiase de la V.B.P.; ni d'oddite, par contre, on ne peut exclure; au cours de ces crises de colique hépatique, la possibilité d'un reflux de bile dans le canal de wirsung, à la faveur d'une hypertonie oddienne; qui réactiverait le suc pancréatique et serait à l'origine d'une pancréatite aiguë.

Ceci, bien que démontré expérimentalement, reste du domaine des hypothèses .

S Y M P T O M A T O L O G I E

Les particularités de la pathologie du pancréas tiennent à la double sécrétion, externe et interne de la glande et à la situation entièrement intra-parenchymateuse de ses canaux excréteurs. C'est dire le rôle essentiel de l'exploration radio-chirurgicale de cette glande pour laquelle nous ne disposons pas à l'heure actuelle, de moyen de contraste à élimination spécifique.

C'est donc, un peu au hasard de sa pratique que le chirurgien est amené à rencontrer une atteinte du pancréas et il ne doit pas se trouver pris de court.

C'est ainsi que le diagnostic est rarement posé d'une manière formelle avant la laparotomie, mais seulement évoqué sur un ensemble d'arguments : étiologiques, cliniques, radiologiques et biologiques.

A/ CLINIQUES :

Il convient de noter la fréquence de quelques signes:

a- LES DOULEURS : ont été notées chez tous nos malades et sont localisées à deux régions de l'abdomen.

- dans 5 cas, elles sont épigastriques à irradiation dorsale et scapulaire gauche

- dans 4 cas, elles sont localisées à l'hypochondre droit, à type de colique hépatique.

- Enfin, dans 2 cas, elles sont nettement localisées au niveau de l'hypochondre gauche.

Il faut cependant noter que dans ces syndrômes douloureux, il est difficile de préciser la part qui revient au pseudo-kyste, à la pancréatite associée ou au 3^e facteur qui s'ajoute assez fréquemment dans notre statistique : la lithiose vésiculaire.

b- LA MASSE PALPABLE, vient également au premier plan avec la douleur, puisqu'elle est rencontrée dans toutes les observations. Là aussi, le lieu de prédilection est l'épigastre ou l'hypochondre droit. La répartition est la suivante :

. Tumeur épigastrique	6 fois
. Tumeur de l'H.C.D.	3 fois
. Tumeur de l'H.C.G.	2 fois
TOTAL :	11 fois

L'existence de la masse tumorale chez tous nos malades est un argument certain en faveur du diagnostic, car il s'agit dans la plupart des cas, de masses volumineuses, évoluant depuis plusieurs mois.

c) L'ANAIGRISSEMENT , est un signe que l'on a aussi rencontré fréquemment chez nos malades; 8 fois sur 11; amaigrissement allant de quelques Kg à 20 Kg.

d) LES VOMISSEMENTS, notés chez 6 malades, sont essentiellement bilieux , rarement alimentaires.

e) 3 cas de diabète ont été relevés:

- 1 fois, le malade était diabétique connu
- 2 fois, il s'agissait d'une découverte fortuite, lors des examens biologiques standards (glycémies: 1,68 et 1,75g/l)

B/ BIOLOGIQUES :

En dehors de ces modifications de la glycémie, nous avons observé également quelques modifications de l'amy-lasémie et de l'amy-lasurie, dont les résultats sont figurés sur le tableau suivant :

<u>Amylasémies</u>	<u>Amylasuries</u>
101 US.....	312 US
518	
123	1290
250	
257.....	1180
160	
112.....	6720

136

1773 2140

193 3143

Nous constatons qu'il y a eu 2 fois une amylasémie et 5 fois, une amylasurie élevées. Une fois seulement le taux de diastase dans le sang, concorde avec une élévation de celle-ci dans les urines. Dans les autres cas, les taux sont dans les limites de la normale.

Nous voyons donc, que tout en ayant une valeur d'orientation, qui peut d'ailleurs être décisive, les signes biologiques sont assez peu caractéristiques dans les faux kystes du pancréas. Leur mérite, est qu'ils orientent le diagnostic vers le pancréas lorsque leur élévation dans le sang ou dans les urines est importante, et c'est là, un intérêt considérable.

DOUBILET et PIRKHAM accordent à la mesure de l'amylasémie une importance plus grande encore. Ils pensent en effet, que dans les suites immédiates d'une pancréatite aiguë, la persistance d'une amylasémie élevée est incontestablement ou du moins très probablement en rapport avec la constitution d'un pseudo-kyste du pancréas.

C/ RADIOLOGIQUES :

plus que la clinique et la biologie, la radiologie apporte des renseignements plus précis sur le PK.

- Le T.G.D. : a été pratiqué chez la plupart de nos malades. Il s'est révélé, 2 fois normal. Dans les autres cas, les lésions sont les suivantes :

- . 7 fois, un retentissement gastrique à type de refoulement de l'estomac en avant surtout.
- . 2 fois, un élargissement du cadre duodénal, parfois très important.

- Le L.B. : pratiqué, 6 fois chez des malades qui présentaient des masses épigastriques volumineuses, a montré; 3 fois, un refoulement arciforme du colon transverse.

- La Cholecysto - Cholangiographie :

a été pratiquée elle aussi chez 8 de nos malades, en fonction des données cliniques : soit douleur de l'HCD à type de colique hépatique + vomissements bilieux, soit qu'elle entrerait dans le cadre d'un bilan d'une tumeur épigastrique découverte à la palpation.

Elle s'est revêlait chaque fois, instructive puisqu'elle a objectivé chez tous ces malades, l'existence d'une vésicule exclue. Quand aux explorations radiologiques standards:

- L' A.S.P. : a montré, une fois, l'existence d'une calcification pancréatique, localisée sur le bord duodénal - (OBS = 2)

- Le Téléthorax : nous a permis de découvrir également, une fois, un épanchement pleural gauche, dont la ponction a ramené un liquide citrin, riche en amylase = 3777 US.

Il s'agissait alors d'un pseudo-kyste du corps du pancréas.

Quand aux examens radiologiques que l'on peut pratiquer en pré-opératoire, mais qui n'ont pu être réalisés chez nos malades, nous citerons :

- LA STRATIGRAPHIE AXIALE TRANSVERSE :

Méthode moderne permettant la visualisation directe du pancréas et de ses rapports avec les organes de voisinage; la S.A.T. a apporté un perfectionnement incontestable aux techniques radiologiques habituelles.

Rappelons qu'elle consiste après avoir effectué une double insufflation rétro-péritonéale par voie sacrée et gastrique par intubation, à prendre des images tomographiques de la région pancréatique.

Le principe est basé sur la rotation synchrone et de même sens du sujet et du film; la source de rayonnement étant fixe. Le rayon étant incliné à 22° sur l'Horizontale, et centré sur l'axe de rotation du sujet.

Dans 6 observations parmi les 26 de MICHOULIER, la S.A.T. a apporté une contribution appréciable ou décisive, montrant une grosse masse para-pancréatique, un refoulement en avant de l'estomac ou une hypertrophie localisée à la queue du pancréas.

- LA SPLENO - PORTOGRAPHIE :

En effet, la veine splénique, le Tronc spléno-mésaraïque et le pied de la veine porte, peuvent se trouver comprimés par le développement d'un pseudo-kyste ou se thromboser à son contact. Ainsi se trouve réalisée une hypertension portale sectorielle, qui fût responsable dans 5 des observations que citent L. LEGER (15) d'hémorragies digestives graves.

HEPP, MOREAUX et BISMUTH, ont récemment dénoncé le risque de lésion splénique, rupture spontanée, au voisinage de pseudo-kyste pancréatique.

Cet examen radiologique, pratiqué dans 60 cas de pseudo-kyste du pancréas, s'est révélé chez L. LEGER. (15)

. 44 fois, anormales et les images pathologiques étaient:

- 12 stades I : aspect raboté, laminé de la veine splénique ou du tronc spléno-mésaraïque.
- 4 stades II : obstruction incomplète de la veine splénique.
- 18 stades III : caractérisés par une obstruction totale de l'axe splénique ou du tronc spléno-mésaraïque, avec développement d'une importante circulation collatérale et d'une hypertension portale sectorielle.

Nous voyons que cet examen est intéressant à plus d'un titre :

- d'une part, il permet d'avoir des renseignements sur l'étendue du kyste.

- d'autre part, il permet de guider l'intervention chirurgicale et en particulier sur une éventuelle exérèse de la Rate.
- L'ARTERIOGRAPHIE COELIAQUE ET MÉSENTERIQUE SUPÉRIEURE SELECTIVE :

Il s'agit d'un examen qui n'a pas encore convaincu tous les auteurs. C'est ainsi que sur 20 artériographies, L. LEGER (15) a relevé seulement 8 images pathologiques, dont 6, évoquaient l'existence d'un pseudo-kyste.

- 4 refoulements excentriques de la gastro-duodénale et de la gastro-épiploïque droite, dessinant le contour d'un pseudo-kyste céphalique.
- Un refoulement du tronc coeliaque et l'artère splénique (PK corporéal).
- Un refoulement du tronc coeliaque de la coronaire et de la partie initiale de l'Hépatique commune dans un PK corporéal à développement médiastinal.

Chez les autres malades, les anomalies rencontrées sont plutôt de celles que l'on décrit dans les pancréatites chroniques : rigidité de la gastro-duodénale avec pauvreté de la vascularisation céphalique, sténose en manchon de l'Hépatique commune.

Par contre, d'autres auteurs, tel que MOREAU préfère cet examen à la splénoportographie.

- LA SCINTIGRAPHIE DU PANCREAS (14)

Proposée par BLAU et GANDER en 1962, fournit une image de l'organe lui même et renseigne, non seulement sur sa morphologie, mais aussi sur son fonctionnement. Elle est d'exécution facile.

Le marqueur pancréatique utilisé est la Se ⁷⁵ Methionine, dont l'inconvénient est d'avoir une fixation

hépatique pouvant rendre l'image ininterprétable en cas de superposition foie - pancréas.

Réalisée par L. LEGER chez 15 malades porteurs de pseudo-kystes du pancréas, elle a donné :

- 11 lacunes
- 4 absences complètes de fixation.

Cependant, le risque d'inadiation prolongée limite les indications chez les sujets de moins de 40 ans.

Au total,

- . Les T.G.D., ont donc apporté des éléments utiles au diagnostic, dans 9 cas sur 11 ; à type de refoulement gastrique ou d'élargissement du cadre duodénal.
- . Les cholecysto - cholangiographies; si elles n'ont pas apporté de signes directes sur le PK, nous ont renseigné cependant, sur l'existence de lithiase vésiculaire associée dans 3 cas.
- . Le téléthorax, a révélé l'existence d'un épanchement pleural gauche chez un malade porteur d'un pseudo-kyste satellite d'une pancréatite chronique.
- . L'A.S.P.: nous a objectivé un cas de lithiase pancréatique.

Quand aux autres explorations radiologiques, (spléno-portographie Artériographie - Scintigraphie), elles n'ont malheureusement pas été pratiquées chez nos malades.

Observations	Topographie	Nombre	Retentissement gastrique	Retentissement duodénal	Retentissement cholécystique	Lithiase biliaire associée
3-4-5-6	Corps	4	1 fois	1 fois	0	3 fois
1-2	Tête	2	2 fois	0	0	2 fois
7	Queue	1	1 fois	0	0	0
10-11	Corps + queue	2	1 fois	0	0	1 fois
13-9	Quasi totale	2	2 fois	1 fois	2 fois	2 fois
12	glande NON OPERÉE	1	1	1	1	1
T	!	!	!	!	!	!
O	!	!	!	!	!	!
T	!	11	7 fois	2 fois	2 fois	8 fois
A	!	!	!	!	!	!
L	!	!	!	!	!	!

TYPE DES LÉSIONS ET CONSTATATIONS ANATOMIQUES DE NOS PSEUDO-KYSTES

T R A I T E M E N T

Si les PK du pancréas reconnaissent plusieurs étiologies, leur évolution est cependant la même et se fait inéluctablement vers l'aggravation : soit que le PK s'accroît de plus en plus pour comprimer d'avantage les organes de voisinage, soit qu'il se fistulise dans un viscère creux.

Son traitement est uniquement chirurgical; et si celui-ci a soulevé de nombreuses discussions, ce n'est guère dans ses méthodes, mais dans ses indications. C'est ainsi que les méthodes qui visent à traiter le PK sont au nombre de deux :

- Les méthodes de drainage

- 1- Drainage interne
- 2- Drainage externe
- 3- Drainage canalaire

- Les méthodes d'Exérèse

- 1- Exérèse isolée du kyste
- 2- Exérèse du kyste et du pancréas adjacent.

Les tentatives de cure chirurgicale des Kystes et PK remontent à un siècle environ. LE DENTU (Société anatomique de Paris 1865) fût le premier à traiter un kyste du pancréas (1862). Il ponctionna le kyste, qu'il pensait d'origine hépatique et le draina, mais le malade mourut de péritonite. C'est à BOZEMAN (1881) que revient le mérite du premier succès chirurgical. Il pratiqua l'exérèse d'un kyste volumineux et le malade guerrit.

Depuis lors, les méthodes se sont multipliées.

A/ LE DRAINAGE EXTERNE :

Il représente la méthode de traitement des PK du pancréas la plus simple. Son principe est d'aborder la lésion au plus court et d'assurer l'évacuation complète du PK.

Le drainage externe peut être réalisé par ponction évacuatrice, marsupialisation, ou drainage externe après évacuation du PK.

Proné par MERCADIER au congrès Français de chirurgie de

1958, sous réserve que le PK, soit sans connexion avec le wirsung ou dans un but de drainer provisoirement et affaiblir les kystes communicants ou les PK infectés. Dans ce dernier cas, la pancréa-tectomie d'amont secondaire emportera à la fois le trajet du drai-nage, la cavité kystique résiduelle et la source pancréatique de l'écoulement. Cependant c'est une méthode qui n'est pas approuvée par d'autres auteurs, comme MALLÉT- GUY qui l'accuse d'être à l'origine de fistules pancréatiques fréquentes.

Dans nos observations, il a été pratiqué 6 fois : il s'agissait de volumineux PK dont la localisation était 4 fois, au niveau du corps et 2 fois, il occupait le corps et la queue du pancréas. 5 fois, il survenait sur pancréatite aigue, 1 fois, sur pancréatite chronique.

Globalement, ces 6 drainages externes ont entraîné 6 bons résultats immédiats, puisque la tumeur ne s'était pas reproduite, les douleurs avaient cessé et l'état général s'était amélioré avec une reprise progressive de l'alimentation.

Cependant, on a noté le décès d'un de nos malades, une année après son intervention. (obs :4)

RECUL : 1 an 3 fois
2 ans 1 fois
4 ans 1 fois

!Observa- !tions	! Etiologie	! Localisation	!Interven- !tion	!Résultats	!Recul
!OBS: 8	! P.A.	!Corps+tête = !partie de la !queue	! DR. EXT	! BON	! 1 an
!OBS: 3	! P.A.	!Corps	! "	! "	! 2 ans
!OBS: 4	! P.C.	!Corps	! "	! décès 1an ! après ! l'interven	! 1 an
				! tion.	
!OBS: 5	! P.A.	!Corps	! "	! BON	! 1 an
!OBS: 6	! P.A.	!Corps	! "	! BON	! 4 ans
!OBS:10	! P.A.	!Queue + corps	! "	! BON	! 4 ans

B/ LE DRAINAGE INTERNE :

Le drainage interne assure l'évacuation du PK par la constitution d'une dérivation entre celui-ci et un élément voisin du tractus digestif, qu'il s'agisse de l'estomac, du duodénum ou du jejunum.

La première tentative de drainage interne remonte à 1893, due à WEIR, elle ne put être menée à bien et le malade mourut. En 1905, DOYEN devait anastomoser une fistule à l'estomac et KEHR réalisait un montage complexe en dérivant la fistule dans la vésicule, puis celle-ci dans la cavité gastrique. Leurs malades guerirent. C'est seulement en 1908 qu'OMBRELLANE pratiquait la première dérivation directe d'un PK et l'anastomosait au duodénum. Il s'agissait d'un cysto-épithéliome et le malade mourait huit jours plus tard de dilation aigue de l'estomac. L'idée devait être reprise à partir de 1923 par les chirurgiens de l'Europe centrale et de l'Ecole Allemande. Ils s'attachèrent à en préciser les diverses modalités techniques.

Le principe de la kysto-anastomose est simple. Il se propose de ramener le suc pancréatique dans l'intestin comme on établit une communication cholédoco-digestive dans le but de rétablir le cours de la bile.

L'étude statistique des résultats (que nous verrons plus loin) jusqu'à la thèse de RICHOUILLER (Lyon 1958) semblait en faire une méthode plus sûre que le drainage externe moins risquée que l'excérèse.

- Cette méthode a été pratiquée chez 3 de nos malades : (obs: 9-1-2) elle a consisté à réaliser :

OBS: 1 : Une anastomose KYSTO-DUODENALE

OBS: 2 : " " KYSTO-JEJUNALE associée
à une GASTRO-JEJUNOSTOMIE.

OBS: 9 : Une anastomose KYSTO-JEJUNALE associée
à une CHOLEDOCO-JEJUNOSTOMIE sur la même
anse.

Dans les observations 1 et 9, le PK survenait au décours d'une pancréatite aigue, ou déplore un décès (OBS:9) dans les suites opératoires immédiates.

Dans l'observation n°2, il survenait sur pancréatite chronique que ce malade est décédé également, 5 mois après l'intervention chirurgicale.

Si l'on examinait les résultats obtenus dans ces observations après drainage interne, on remarquerait que cette méthode n'avait pas été très heureuse.

Bilan : 2 décès sur 3.

Cependant, nous ne pouvons, devant le nombre limité de ces observations, incriminer seulement cette méthode de traitement, car les conditions des malades étaient d'emblée défavorables.

!Observations	!Origine	!Localisation	!Méthode de traitement	!Résultats	!Recul
!-----!	!-----!	!-----!	!-----!	!-----!	!-----!
!N° 1	! P.A.	! Tête	!Kysto-duodenostomie	! Bon	! 7 ans
!	!	!	!	!	!
!N° 2	! P.C.	! Tête	!Kysto-jejunistomie + Gastro-jejunistomie	!D.C.D., 5mois après l'intervention	!
!	!	!	!	!	!
!N° 9	! P.A.	!Quasi-totalité de la glande	!Kysto-jejunistomie + Cholecysto-jejunistomie	!D.C.D.en post opératoire immédiat	!
!	!	!	!	!	!
!-----!	!-----!	!-----!	!-----!	!-----!	!-----!

Si notre expérience n'a pas été très heureuse pour ce genre d'intervention, LEGER, cependant en a été satisfait : c'est ainsi que sur 43 interventions de drainage interne, réparties comme suit :

- KYSTO- GASTROSTOMIE = 20 fois
- KYSTO- DUODENOSTOMIE= 9 fois
- Kysto- JEJUNOSTOMIE = 7 fois
- WIRSUNGO-JEJUNOSTOMIE= 7 fois

- Il n'a eu . qu'un seul décès
 . aucune fistule
 . 5 recidives.

Aussi, dans la revue de littérature des cas cités par MICHOULIER (18) dans sa thèse (LYON 1958) sur 108 cas d'anastomoses, il a noté :

- . 87 succès soit 80,5%
- . 3 morts soit 2,5%
- . 18 échecs soit 16,6%

Par contre FONTAINE (7) (STRASBOURG) a noté comme nous, 2 décès sur 3 dérivations internes.

C/ Deux autres méthodes thérapeutiques restent possibles:

- 1' EXERESE
- LE DRAINAGE CANALAIRE

- La première s'applique aux collections entretenues par un moignon résiduel pancréatique caudal ; que l'ablation de celui-ci soit entreprise d'emblée ou après drainage externe préalable.

- Le drainage par le wirsung (DOUBILET) trouve sa raison d'être dans les collections pseudo-kystiques entretenues par l'accumulation du suc pancréatique en amont d'un obstacle canalaire. Cependant, LERCADIER pense que le geste efficace dans ce cas, est constitué plus, par la sphinctérotomie que par le cathétérisme du canal pancréatique principal.

- LA PANCRATECTOMIE D'AMONT :

Elle a été pratiquée chez deux de nos malades (obs:7et11) qui présentaient : le premier un PK de la queue du pancréas ; le deuxième un PK corporeo-caudal. Les gestes thérapeutiques ont été respectivement ; une exérèse de la queue et l'exérèse corporeo-caudale de la glande pancréatique.

Ces deux interventions semblent avoir donné de bons résultats, puisque ces malades ont été revus:

- . Le premier en Avril 1973, soit 7 ans après l'intervention.

Il présentait un état général satisfaisant, mais nous révélait l'apparition d'une diarrhée graisseuse et d'un diabète depuis 1970.

Un T.G.D. avait été pratiqué, au service de gastro-entérologie où il était suivi pour son diabète, qui montrait :

- une gastrite avec un bulbe déformé
- une hernie hiatale

- . La deuxième malade (OBS N°11) a été revue à deux reprises :

- . Le 16/ 2/1967..... Excellent état général
- . Le 3/ 8/1969..... Bon état général
- Etat de grossesse de 2 mois.

Nous pouvons dire en conclusion, que cette méthode thérapeutique a été efficace sur le PK, puisqu'il n'y a pas eu de récurrence locale chez ces deux malades, mais qu'elle n'a pas traité la pancréatite chronique causale, qui a continué à évoluer sur le parenchyme restant de la glande.

- FONTAINE, a obtenu sur 14 pancréatectomies gauches, dont 8 furent caudales et 6 corporeo-caudales, les résultats suivant :

- . Un décès précocé par collapsus cardio-vasculaire
- . Et 13 cas qui avaient opératoirement guéri.

Les résultats à distance étaient :

- . 4 excellents résultats :

Au bout	3 ans		2 fois
" "	2 ans		1 fois
" "	1 an		1 fois
- . 4 bons résultats avec un recul de 3 ans, 2 ans 1/2, 2 ans et 6 mois.

- . 2 mauvais résultats au bout de 2 ans.
- . 2 décès tardifs d'affection en relation avec leur pancréatite.

-- Par ailleurs, les 18 interventions d'exérèse comportant une exérèse pancréatique large, pratiquées par L.LEGER, ont été satisfaisantes, puisqu'il n'a déploré qu'un décès, 5 semaines après spléno-pancréatectomie gauche pour PI intra splénique infecté et deux fistules transitoires; l'une après pancréatectomie gauche, l'autre après duodéno-pancréatectomie dans laquelle le moignon pancréatique n'avait pas été anastomosé à l'anse jéjunale montée.

Ainsi, nous aboutissons pour nos 12 malades à un total de 11 interventions qui se répartissent de la manière suivante :

- DRAINAGE EXTERNE 6 MALADES dont 1 DECES
- DRAINAGE INTERNE 3 MALADES dont 2 DECES
- EXERESE 2 MALADES, GUERIS

Nous déplorons globalement 3 décès:

- . 1, en post-opératoire immédiat
- . 1, 5 mois après l'intervention
- . 1, un an " " "

Dans deux cas, il s'agissait de PK secondaires à une pancréatite chronique et dans le dernier cas de PK apparu au décours d'une pancréatite aiguë.

Nous n'avons pas observé de fistules, même après drainage externe, ni d'hémorragie.

!Méthode de T.T.T.!	! Nombre !	! Bons Résultats !	! Décès !
! Drainage Externe !	! 6 !	! 3 !	! 1 !
! " Interne !	! 3 !	! 1 !	! 2 !
! Exérèse !	! 2 !	! 2 !	! !
! T O T A L !	! 11 !	! 8 !	! 3 !

TABLEAU RECAPITULATIF DES METHODES THERAPEUTIQUES
ET DES RESULTATS OBTENUS

D I S C U S S I O N :

Au terme de cette étude ; nous avons noté :

A/ Du point de vue ETIOLOGIQUE :

Deux types de lésions pancréatiques sur lesquelles se sont développés nos pseudo-kystes : la pancréatite aiguë et la pancréatite chronique.

Si la pancréatite chronique a été fréquemment découverte associée au PK du pancréas, dans les statistiques étrangères (CUILLERET: 35 P.C pour 7 P.A associées au PK); dans nos contrées il s'agit surtout de pancréatite aiguë comme en témoignent nos observations (8 P.A. pour 3 P.C).

Par ailleurs, 7 fois sur 8 il a été retrouvé une lithiase vésiculaire associée dans les lésions pancréatiques aiguës, et 1 fois sur 3, une monomacrolithiase, dans les lésions chroniques .

C'est cette notion de lithiase biliaire qui paraît intéressante lorsque l'on trouve dans les statistiques de MERCADIER et concrets français de chirurgie de 1958, 1 lithiase vésiculaire sur 20 associée au PK du pancréas.

B/ Du point de vue CLINIQUE

L'étude de notre série d'observations, montre que l'éventualité d'un P.K peut être envisagée en pré-opératoire; sur des critères cliniques, biologiques et surtout radiologiques. Il convient alors d'insister sur la fréquence de ces lésions en particulier au cours des pancréatites aiguës et sur la nécessité qu'il y a d'en évoquer systématiquement la possibilité devant des douleurs de l'hypochondre droit ou de l'épigastre, d'une masse palpable, des poussées d'ictère et, radiologiquement, sur des images de refoulement gastrique, d'élargissement du cadre duodanal ou plus encore, d'une compression portale si une spléno-portographie venait à être pratiquée.

C/ Du point de vue THERAPEUTIQUE :

Les principes du traitement des PK découlent des éléments même de leur définition : théoriquement, le PK peut être traité soit :

- Par dérivation de la collection
- Par suppression de la sécrétion d'amont
- Par levée de l'obstacle d'aval

a) La dérivation de la collection par drainage externe est une méthode des plus simple, mais elle n'est logique que si le PK a perdu toute communication avec les voies pancréatiques et n'est plus alimenté par la sécrétion d'amont, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un P.K. "BTEINT" selon la formule de HOUDARD.

Tout le problème en pratique est d'affirmer que la communication avec les canaux est bien obstruée, ce qui est loin d'être toujours aisée : si la constatation sur la kystographie d'une imprégnation des voies excrétrices permet bien d'affirmer en principe le caractère encore actif des lésions et donc de rejeter en principe le drainage externe ; en revanche, l'absence de communication visible sur les clichés est loin d'avoir une valeur absolue.

Au demeurant, le pourcentage de succès de cette méthode ne dépasse guère 50% dans les statistiques étrangères :

- 10 résultats satisfaisants sur 18 cas dans la série de CUILLENET
- 5 sur 12 dans celle de FONTAINE (STRASBOURG)
- 26 sur 46 dans celle de WARREN

52% sur l'ensemble des 226 cas colligés par MALLEY-GUY et MERCADIER en 1958.

Cependant, cette méthode ne peut être incriminée totalement dans les cas d'échec, du fait que généralement elle est réservée aux cas les plus graves ou aux malades représentant les plus mauvais risques.

Par ailleurs, elle est également une méthode de secours, dans les cas gravissimes qui ne peuvent supporter d'emblée une intervention de résection ou d'anastomose.

Elle n'est cependant pas sans danger et peut être à l'origine de fistule pancréatique et d'hémorragie.

Par contre, les résultats que nous avons obtenus chez nos malades traités par drainage externe, ont été satisfaisants, du fait que nous avons eu 5 bons résultats sur 6 et que nous n'avons pas obtenu de fistule pancréatique ni d'hémorragie.

b) Les avis divergent, en ce qui concerne les méthodes de drainage interne.

En effet tous les auteurs sont unanimes pour la prôner; à juste titre d'ailleurs si l'on se base sur les résultats obtenus par les auteurs suivants :

- 80% de guérison sur les 231 cas rapportés par MALLEY-GUY et MERCADIER au congrès de 1958.
- 25 guérisons sur 29 malades pour VALPEN
- 18 pour les 20 malades de PARSHALL ayant survécu à l'intervention
- 8 bons résultats sur 9 dans la série de CUILLERET
- 2 bons résultats immédiats sur 3, dans notre série.

c) La pancréatectomie d'amont, enfin proposée par MALLEY-GUY est, elle aussi un geste parfaitement logique dans son principe. Cependant il convient de souligner que, dans l'esprit même de son promoteur, la définition de cette pancréatectomie d'amont est d'ordre fonctionnel et sécrétoire beaucoup plus que d'ordre anatomique.

C'est ainsi qu'en cas de PK intra pancréatique, du fait de l'implantation perpendiculaire des canaux secondaires sur le canal principal, la sécrétion d'amont provient aussi du parenchyme situé sur les flancs même de la cavité et l'exérèse d'amont devra donc dépasser la cavité vers la droite.

Plus encore, s'il existe un obstacle complet au niveau du virsung terminal, le PK, sera également alimenté par la sécrétion de la partie droite du pancréas.

Cette méthode n'aura plus alors la valeur d'une exérèse d'amont et si l'obstacle est laissé en place, elle expose fatalement à la fistule ou à la récurrence dans le territoire restant.

La levée de l'obstacle d'aval, peut constituer elle aussi, un moyen théorique de traiter le PK. Deux méthodes cherchent à répondre à ce but : la sphinctérotomie et la pancréatectomie céphalique.

. La sphinctérotomie avec drainage externe du wirsung a été préconisée par DOUBILET. En fait les résultats n'en sont guère encourageants :

- 6 échecs et 3 récurrences sur les 16 cas de WARREN,
- 1 échec, 1 décès et 1 succès dans les 3 cas de GUILLERET.

Il semble bien en effet que cette méthode n'ait qu'une valeur temporaire et que l'obstacle se constitue sitôt le drainage enlevé.

. La duodeno-pancréatectomie céphalique agit selon le même principe, en supprimant l'obstacle canalaire terminal. GUILLERET en est satisfait puisque sur 20 cas, il relève 18 résultats excellents.

I N D I C A T I O N S :

Ainsi, serions nous enclin, à schématiser les indications thérapeutiques dans ces lésions pseudo-kystiques du pancréas de la façon suivante :

- . S'il s'agit d'un PK à développement extra-pancréatique mais "éteint " sans communication visible sur la kystographie avec les voies excrétrices, le drainage externe conserve tous ses droits
- . Dans les PK encore "actifs", c'est-à-dire communiquants avec les voies excrétrices, le drainage externe est en principe contre-indiqué. Il garde pourtant une place dans les lésions très volumineuses, chez les malades en très mauvais état

général qui ne sont pas à même de supporter une intervention longue et chez qui, il a le mérite de ne pas compromettre l'avenir. En dehors de ces cas, les indications dans les PK actifs sont fonction du siège et du volume des lésions.

- . Les lésions volumineuses à développement extra pancréatique, quand elles siègent sur la moitié gauche de la glande constituent en principe la meilleure indication de la pancréatectomie gauche d'amont. Celle-ci sera d'autant plus justifiée et de réalisation d'autant plus facile que les lésions sont plus distales.
- . Dans les lésions très volumineuses de siège droit, la duodéno-pancréatectomie céphalique est à rejeter, car sa réalisation technique se heurterait ici à des difficultés considérables et comporterait des risques demesurés. De même, une pancréatectomie d'amont aboutirait à une exérèse subtotale avec toutes les sequelles que ce type d'intervention comporte. Le drainage interne demeure ici la meilleure indication qu'elles qu'en soient les modalités de la réalisation : Kysto-duodénostomie transduodenale, Kysto-gastrostomie.
- . Dans les PK intra-pancréatique, les indications sont également fonction du siège des lésions. Elles doivent également tenir compte de la pancréatite chronique qui peut être associée.
 - Les cavités intra-céphaliques, relève de la duodéno-pancréatectomie céphalique qui traite de même coup le PK et la pancréatite chronique.
 - Dans les cavités pseudo-kystiques de siège gauche ou median enfin, la pancratiestomie gauche n'est justifiée que si les lésions sont

franchement caudales et le wirsung d'aval perméable; ce qui est en fait rare.

Dans tous les autres cas, le drainage interne apparaît encore comme la solution la plus simple et la plus logique.

C O N C L U S I O N :

Au terme de cette étude portant sur 11 observations de PK nécrotiques du pancréas colligés durant ces 7 dernières années à la C.C.A. d' Alger, qu'il nous soit permis d'insister sur la dualité étiologique anatomo-pathologique, thérapeutique et pronostique. Nous avons noté :

a) d'une part que sur ces 11 observations, 8 PK étaient survenus chez des femmes porteuses d'une lithiase biliaire depuis de nombreux mois, voire de nombreuses années; et chez qui, à la suite d'une poussée de pancréatite aiguë s'est développée progressivement la formation kystique. L'intervention visait à traiter la tumeur, à confirmer la lithiase biliaire et le PK pancréatique.

Son traitement chirurgical, par cholecystectomie et simple drainage externe a, dans l'ensemble donné des suites favorables tant immédiates que lointaines.

Ceci confirme les données classiques, non seulement la bénignité relative de ces pancréatites aiguës satellites d'une lithiase biliaire, mais encore l'atteinte glandulaire segmentaire qui se traduira dans les semaines qui suivent l'accident aigu, par la délimitation du foyer de nécrose et la constitution d'un PK nécrotique.

b) D'autre part ; la difficulté du traitement des PK nécrotiques compliquant une pancréatite chronique d'apparence primitive et leur mauvais pronostic; puisque dans notre courte série, deux malades sur trois sont décédés à plus ou moins brève échéance.

C'est ainsi que les travaux modernes , notamment ceux de MERCADIER , MALLEY-GUY - LEGER insistent sur l'intérêt de traiter par le même geste opératoire le PK ainsi que la pancréatite chronique qui lui a donné naissance ; d'où leur tendance à faire de plus en plus des exérèses pancréatiques allant parfois jusqu'à la pancréatectomie totale.

c) La proportion, dans notre statistique de PK nécrotiques compliquant une P.C. primitive, relativement faible par rapport aux PK nécrotiques satellites d'une lithiase biliaire , s'expliquerait par un taux réduit d'alcoolisme dans nos contrées comparativement aux statistiques européennes.

*

*

*

B I B L I O G R A P H I E

1-ADLOFF, JJ.KOHLER et P.WONG-

Les pseudo- kystes du pancréas- Analyse de 41 observations et déduction thérapeutique.

Annales de chirurgie Nov 1968 N° 23-24

2-BORIVET-

Kysto-gastrostomie trans-gastrique des faux kystes du pancréas. Deux cas. Thèse 1955, PARIS.

3-CLERMONT RAF -

Le problème des pseudo- kystes intrapancréatiques et de leur traitement chirurgical . Thèse 1960, PARIS.

4-COINAUD D, RONAT R, MODARESSI H, MALAMUD S-

Pseudo-kystes intra-parenchymateux de la tête du pancréas. J. CHIR, 1962, 83, 391-414.

5-CUILLERET, J. MICHEL, A. CARON, J.J SPAY, G.CAMPO SASAA, A. GUCHE, J.MIKABLOFF, P.H VACHON et GUILLEMIN G-

Les formations pseudo-kystiques du pancréas. A propos de 50 cas-

Ann. chir 1968, 22(1011-1028)

6-DESJACQUES R, VILLIERS H-

Pseudo-kystes du pancréas après pancréatite aiguë hémorragique traité par drainage externe, Lyon chir, 1959, 55, N° 1, 113-114 .

7-EVANS SS, LUBBEN J.F.J, WHIGHAM HE,-

Pseudo-kyste pancréatique dû à un ascaris; Relation d'un cas .

Ann. surg, 1953, 138, N° 5, 801- 804 .

8-FONTAINE R, LANG G, HIEBEL G, BABINS, PEREZ DAY C,-

A propos de 31 pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. Données cliniques et thérapeutiques. Résultats éloignés. Lyon chir, 1965, 61, N° 4, 496-510 .

9-HEPP J, MERCADIER M,-

Sur une statistique de 36 kystes et pseudo- kystes du pancréas.

Arch.mal. app dig. 1959, 48, N° 3, 187-207 .

10-JAUBERT DE DEAUJEU, DUBOIS J -

Pseudo-kyste infecté après pancréatite aigue . Fistule: pancréatique et gastrique. Guérison par drainage.

Lyon chir . 1959, 55, 123- 126 .

11-LAMY J, SARLES J.C, BUREAU H,-

Les formations kystiques du pancréas au cours des pancréatites chroniques.

Ann. chir . 1963, 17, 1616- 1624 .

12-LEGER.L, BREHANT J--

Chirurgie du pancréas, 1956, MASSON Edit, PARIS.

13-LEGER.L et PAULETTE GUYET--

Lésions kystiques et pseudo-kystiques du pancréas

(Essai de regroupement à orientation thérapeutique)

PARIS, Presse médicale, 1958, 66, N° 83, 1875- 1878 .

14-LEGER.L, J.C ROCAYROL et M. COMET--

Scintigraphie du pancréas .

Revue du praticien 21, 12bis, 2, Avril 1971 .

15-LEGER.L, J.P LENRIOT, LECORDIER . -

Pseudo-kystes du pancréas- Implications chirurgicales de la sclérose d'enkystement; A propos de 90 cas .

Jour . Chir, Oct 1971; 102, N° 1, 281- 306 .

16-MAGENDIE J, DOUTRE L.P, BRUN, PERISSAT -

Les pseudo-kystes du pancréas témoignent-ils de la pluralité des pancréatites?

Presse médicale, 1965, 73, N°31, 1793- 1796 .

17-MALLET GUY, MICHOUILLER J -

La pancréatectomie d'amont dans le traitement des pseudo-kystes du pancréas, II récidives après drainage.

Lyon. chir 1958, N° 5, 726-741 .

18-MALLET GUY, FEROLDI F, MICHOUILLER J, GUIRIA, INFRANZI -

Etude expérimentale des pseudo-kystes pancréatiques

Lyon. chir 1958, N° 6, 849- 869

19-MALLET GUY, MERCADIER.M -

Traitement chirurgical des formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas; 60° Congrès de l'association française de chirurgie 1958. PARIS .

20-MALLET GUY, J.MICHOUILLER -

Kystes et pseudo-kystes du pancréas.

E.M.C. (FOIE- PANCREAS) (7108) 1961 .

21-MICHOUILLER J,-

La pancréatectomie d'amont dans le traitement des pseudo-kystes et des fistules pancréatiques,

Thèse, Lyon 1958 .

22-MORAUX JEAN -

Kystes et faux kystes du pancréas .

Revue du praticien; 1° juillet 1969 .

23-OLIVIER CL, LORD G, LIBAUDE H et STRAVRE -

Les faux kystes du pancréas et leur traitement;

Actualités hépat-gastro-entéro. de l'hotel Dieu,

1956 (MASSON et Cie, Edit) 245- 254 .

24-RAIMBERT P.J.F.;

Etude semeiologique des faux kystes du pancréas,

Thèse, Paris, 1960 .

25-REMILI B -

Pathologie traumatique du pancréas chez l'enfant

A propos de 8 observations .

Thèse, Alger 20 juin 1972

26-SARLES H, MARTIN M, CAMATTE et SARLES J.C. -

Le démembrement des pancréatites; Les pseudo-kystes des pancréatites aiguës et des pancréatites chroniques.

Presse médicale 1963, 237-240 .

27-SARRAZIN, COUZINET, BASTIDE -

A propos d'un cas de pancréatite calcifiante avec pseudo-kyste du pancréas .

Arch. mal. app. dig, 1956, 45, N° 4, 432- 438 .

28-SOUPAULT Robert -

A propos des faux kystes du pancréas .

Mem. acad de chir . juillet 1958, 84, 678- 683 .



